

# Pferde OP-Versicherung



Zweck: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Vom Vermittler auszufüllen! Agt.-Nr. 1: \_\_\_\_\_ Agt.-Nr. 2: \_\_\_\_\_

## Versicherungsnehmer

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_ Hausnr.: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## Lastschriftmandat Gläubiger-ID: DE95ZZZ00000111555

Es wird widerruflich ermächtigt, die Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten des angegebenen Kontos einzuziehen. Dies gilt auch für Ersatzverträge.

Lastschriftmandat gilt nicht

IBAN: \_\_\_\_\_ Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Abweichender Kontoinhaber: Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers (handschriftlich)

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Mandatsreferenz (=Versicherungs-Nr.) wird mir separat mitgeteilt.

## Versicherungsschutz 1. Tier:

### Operationsversicherung

### Krankenversicherung

#### Leistungen:

	<input type="checkbox"/> Basisschutz	<input type="checkbox"/> Komfortschutz	<input type="checkbox"/> Premiumschutz	<input type="checkbox"/> Premiumschutz
Kostenerstattungssatz nach GOT	bis 2-fach	bis 2-fach	bis 2-fach	bis 2-fach
... in Notfällen	bis 2-fach	bis 2-fach	bis 4-fach	bis 4-fach
Jahreshöchstleistung	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt

Selbstbeteiligung:  ohne  250 €  500 €  1.000 €

Vertragsbeginn: \_\_\_\_\_ Zahlungsweise: \_\_\_\_\_ Laufzeit: 1 Jahr, jährliche automatische Verlängerung.\*

Beitrag gemäß Zahlungsweise (inkl. Vers.-Steuer): \_\_\_\_\_

Ich bin **privater Pferdehalter** und nutze das Pferd **nur für private Zwecke**.  Ja  Nein

Angaben zum Tier: Name: \_\_\_\_\_ Geb.-datum: \_\_\_\_\_ Tätö-/Chipnummer: \_\_\_\_\_  
Rasse: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Fellfarbe: \_\_\_\_\_

Gesundheitsfragen: Ich bestätige, dass das Pferd gesund und unversehrt ist und keine Anzeichen chronischer oder rassespezifischer Erkrankungen vorliegen, die künftig eine medizinische Behandlung erfordern würden.  Ja  Nein

Ich bestätige, dass das Pferd in den letzten zwölf Monaten nicht operiert wurde und keine Operationen oder Heilbehandlungen erforderlich oder ärztlich angeraten sind.  Ja  Nein

Anzahl der Operationen in den letzten drei Jahren: \_\_\_\_\_ Gesamtkosten: \_\_\_\_\_

Bestehen Untugenden, z. B. Koppen?  Ja  Nein Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

Vorversicherung: Besteht oder bestand für das zu versichernde Pferd bereits anderweitig Versicherungsschutz?  Ja  Nein

Durch wen wurde gekündigt? \_\_\_\_\_ Kündigungsdatum: \_\_\_\_\_

Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt  
Anstalt des öffentlichen Rechts

Hausanschrift:  
GHV VERSICHERUNG  
Bartningstraße 59  
64289 Darmstadt

Kontakt:  
06151 3603-0  
info@ghv-versicherung.de  
www.ghv-versicherung.de

Gläubiger-ID: DE95ZZZ00000111555  
USt-ID-Nr.: DE114107069  
Vers.St-Nr.: 807/V90807010692

**Versicherungsschutz 2. Tier: Operationsversicherung**

**Krankenversicherung**

Leistungen:  Basisschutz  Komfortschutz  Premiumschutz  Premiumschutz

Selbstbeteiligung:  ohne  250 €  500 €  1.000 €

Vertragsbeginn: \_\_\_\_\_ Zahlungsweise: \_\_\_\_\_ Laufzeit: 1 Jahr, jährliche automatische Verlängerung.\*

Beitrag gemäß Zahlungsweise (inkl. Vers.-Steuer): \_\_\_\_\_

Ich bin **privater Pferdehalter** und nutze das Pferd **nur für private Zwecke**.  Ja  Nein

Angaben zum Tier: Name: \_\_\_\_\_ Geb.-datum: \_\_\_\_\_ Tätö-/Chipnummer: \_\_\_\_\_  
 Rasse: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Fellfarbe: \_\_\_\_\_

**Gesundheitsfragen:** Ich bestätige, dass das Pferd gesund und unverseht ist und keine Anzeichen chronischer oder rassespezifischer Erkrankungen vorliegen, die künftig eine medizinische Behandlung erfordern würden.  Ja  Nein

Ich bestätige, dass das Pferd in den letzten zwölf Monaten nicht operiert wurde und keine Operationen oder Heilbehandlungen erforderlich oder ärztlich angeraten sind.  Ja  Nein

Anzahl der Operationen in den letzten drei Jahren: \_\_\_\_\_ Gesamtkosten: \_\_\_\_\_

Bestehen Untugenden, z. B. Koppen?  Ja  Nein Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

**Vorversicherung:** Besteht oder bestand für das zu versichernde Pferd bereits anderweitig Versicherungsschutz?  Ja  Nein

Durch wen wurde gekündigt? \_\_\_\_\_ Kündigungsdatum: \_\_\_\_\_

**Versicherungsschutz 3. Tier: Operationsversicherung**

**Krankenversicherung**

Leistungen:  Basisschutz  Komfortschutz  Premiumschutz  Premiumschutz

Selbstbeteiligung:  ohne  250 €  500 €  1.000 €

Vertragsbeginn: \_\_\_\_\_ Zahlungsweise: \_\_\_\_\_ Laufzeit: 1 Jahr, jährliche automatische Verlängerung.\*

Beitrag gemäß Zahlungsweise (inkl. Vers.-Steuer): \_\_\_\_\_

Ich bin **privater Pferdehalter** und nutze das Pferd **nur für private Zwecke**.  Ja  Nein

Angaben zum Tier: Name: \_\_\_\_\_ Geb.-datum: \_\_\_\_\_ Tätö-/Chipnummer: \_\_\_\_\_  
 Rasse: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Fellfarbe: \_\_\_\_\_

**Gesundheitsfragen:** Ich bestätige, dass das Pferd gesund und unverseht ist und keine Anzeichen chronischer oder rassespezifischer Erkrankungen vorliegen, die künftig eine medizinische Behandlung erfordern würden.  Ja  Nein

Ich bestätige, dass das Pferd in den letzten zwölf Monaten nicht operiert wurde und keine Operationen oder Heilbehandlungen erforderlich oder ärztlich angeraten sind.  Ja  Nein

Anzahl der Operationen in den letzten drei Jahren: \_\_\_\_\_ Gesamtkosten: \_\_\_\_\_

Bestehen Untugenden, z. B. Koppen?  Ja  Nein Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

**Vorversicherung:** Besteht oder bestand für das zu versichernde Pferd bereits anderweitig Versicherungsschutz?  Ja  Nein

Durch wen wurde gekündigt? \_\_\_\_\_ Kündigungsdatum: \_\_\_\_\_

\* Sie oder wir können den Vertrag zum Ende der vereinbarten Dauer kündigen. Sie können den Vertrag nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres auch täglich kündigen; in diesem Fall wird die Kündigung wirksam, wenn sie bei uns eingeht oder zu einem von Ihnen bestimmten späteren Tag.

**Bevor Sie unterschreiben: Lesen Sie bitte die umseitigen Schlusserklärungen und wichtigen Hinweise. Sie machen diese mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Vertrages.** Sofern es sich um einen Antrag handelt, bestätige ich, dass ich die Vertragsgrundlagen (siehe Rückseite) erhalten habe. Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz gegebenenfalls vor Ende der Widerrufsfrist beginnt (siehe Kundeninformation). Ich habe die vorstehenden Fragen vollständig gelesen und wahrheitsgetreu beantwortet. Ich bestätige die Einhaltung der Annahmeveraussetzungen. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Mir ist bekannt, dass kranke oder krankheitsverdächtige Tiere nicht versichert werden können und dass für Fehler oder Mängel, die bereits bei Versicherungsbeginn vorhanden waren, kein Versicherungsschutz besteht.

**Evtl. weitere Vertragsbestimmungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
 Ort Datum Unterschrift des Vermittlers Unterschrift Versicherungsnehmer/in (handschriftlich)

**Zu berücksichtigen: Beratungsprotokoll bzw. -verzichtserklärung mit Unterschrift des Versicherungsnehmers**

**Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt**  
 Anstalt des öffentlichen Rechts

**Hausanschrift:**  
 GHV VERSICHERUNG  
 Bartningstraße 59  
 64289 Darmstadt

**Kontakt:**  
 06151 3603-0  
 info@ghv-versicherung.de  
 www.ghv-versicherung.de

Gläubiger-ID: DE95ZZZ00000111555  
 USt-ID-Nr.: DE14107069  
 Vers.St-Nr.: 807/V90807010692

# Vertragsgrundlagen, Datenschutzerklärung sowie wichtige Hinweise und Erläuterungen

## 1. Vertragsgrundlagen

Für den Vertrag gelten außer den gesetzlichen Bestimmungen, der Kundeninformation und der Satzung folgende Bedingungen:

- Allgemeine Versicherungsbedingungen Tieroperations- und Krankenversicherung (AVB/TKV).
- Pferde-Krankenversicherung
  - Annahmeveraussetzungen Pferde-OP- und Krankenversicherung,
  - Besondere Bedingungen Pferde-OP-Versicherung,
  - Besondere Bedingungen Pferde-Krankenversicherung.
- Pferde-OP-Versicherung
  - Annahmeveraussetzungen Pferde-OP- und Krankenversicherung,
  - Besondere Bedingungen Pferde-OP-Versicherung.

## 2. Status des Formulars

Ist kein Zweck genannt, wird dieses Formular als Angebotsanfrage behandelt. Auch bei der Angebotsanfrage wird der Interessent vereinfachungshalber als Versicherungsnehmer, soweit sinngemäß zutreffend, bezeichnet.

## 3. Besondere Vereinbarungen

Besondere Vereinbarungen sind nur dann verbindlich, wenn sie durch Aufnahme in den Versicherungsschein (Nachtrag) genehmigt wurden.

## 4. Versicherungsteuer

Die Gesamtbeiträge enthalten die derzeit gültige gesetzliche Versicherungsteuer.

## 5. Datenschutz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus der Angebotsanfrage oder dem Antrag oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen, Anfrage bzw. Übermittlung von Versichererwechseldaten) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer, an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer und an Assistenz-Dienstleistungsunternehmen, die mit Schadenserviceleistungen beauftragt sind, übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass der Versicherer meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sowie die Daten aus dem Beratungsprotokoll in Datensammlungen führt und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergibt, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Vertragsangelegenheiten dient. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise vom Inhalt des vom Versicherer bereitgehaltenen Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung widerrufen kann.

## 6. Belehrung nach § 37 Abs. 2 VVG über die Folgen der nicht rechtzeitigen Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrages

Damit wir Ihnen Versicherungsschutz gewähren können, müssen Sie die vereinbarten Beiträge zahlen. Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen. Der Versicherungsschutz beginnt gleichwohl zu dem vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

**Hinweis:** Weitere Regelungen zum Beginn des Versicherungsschutzes, zur Fälligkeit des ersten oder einmaligen Beitrages und zur Rechtzeitigkeit der Zahlung entnehmen Sie dem Versicherungsschein sowie den für Ihren Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen.

## 7. Vorläufige Deckung (§§ 49 bis 52 VVG)

Der Vertrag über die vorläufige Deckung endet spätestens zu dem Zeitpunkt, zu dem nach einem vom Versicherungsnehmer geschlossenen Hauptvertrag oder einem weiteren Vertrag über vorläufige Deckung ein gleichartiger Versicherungsschutz beginnt. Ist der Beginn des Versicherungsschutzes nach dem Hauptvertrag oder dem weiteren Vertrag über vorläufige Deckung von der Zahlung des Beitrags durch den Versicherungsnehmer abhängig, endet der Vertrag über vorläufige Deckung bei Nichtzahlung oder verspäteter Zahlung des Beitrags davon abweichend spätestens zu dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsnehmer mit der Beitragszahlung in Verzug ist.

## 8. Versicherungsombudsmann als Schlichtungsstelle

Unser Versicherungsunternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann. Sie können deshalb das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Versicherungsombudsmann e. V. | Postfach 080632, 10006 Berlin | Telefon: 0800 3696000 | Telefax: 0800 3699000

E-Mail: [beschwerde@versicherungsombudsmann.de](mailto:beschwerde@versicherungsombudsmann.de) | Internet: [www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de)

## 9. Zuständige Aufsichtsbehörde

Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Energie, Verkehr und Wohnen | Referat III 6 | Postfach 31 29 | 65021 Wiesbaden

### Postanschrift

Postfach 10 09 14 | 64209 Darmstadt

### Bankverbindung

Volksbank Kassel Göttingen eG | IBAN: DE40 5209 0000 0000 4045 00 | GENODE51KS1

### Hausanschrift:

GHV VERSICHERUNG  
Bartningstraße 59  
64289 Darmstadt

### Kontakt:

06151 3603-172  
[vertrag@ghv-versicherung.de](mailto:vertrag@ghv-versicherung.de)  
[www.ghv-versicherung.de](http://www.ghv-versicherung.de)

Gläubiger-ID: DE95ZZZ00000111555  
USt-ID-Nr.: DE114107069  
Vers.-St.-Nr.: 807/V90807010692

# Beratungsdokumentation



Versicherungsnummer:

Vom Vermittler auszufüllen! Agt.-Nr. 1: Agt.-Nr. 2:

**Interessant**

Firma  Herr/en  Frau/en  Divers

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

PLZ:

Wohnort:

Straße:

Hausnr.:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Gespräch mit:

Kundenwunsch/-bedarf:

Produktvorschlag:

Ergebnis, z. B. Angebot, Änderung, Wegfall, Einschluss:

Nach Beratung nicht gewünscht:

Die notwendigen Unterlagen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 VVG (Vertragsbestimmungen etc.) wurden ausgehändigt.

Ort

Datum

Unterschrift Kunde

Unterschrift Vermittler

**Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt**

Anstalt des öffentlichen Rechts

**Hausanschrift:**

GHV VERSICHERUNG  
Bartningstraße 59  
64289 Darmstadt

**Kontakt:**

06151 3603-172  
vertrag@ghv-versicherung.de  
www.ghv-versicherung.de

Gläubiger-ID: DE95ZZZ00000111555  
USt-ID-Nr.: DE114107069  
Vers.St-Nr.: 807/V90807010692